

## 2) spezieller Teil

### Basistherapeutika (DMARD)

Methotrexat (MTX):	fortführen
Azathioprin:	fortführen
Ciclosporin:	fortführen
Hydroxychloroquin:	fortführen
Sulfasalazin:	2 Tage vor OP pausieren
Leflunomid:	2 Wo vor OP pausieren

„Auswaschen“ unter gleichzeitiger Einnahme von Colestyramin (3xtgl. 2 Beutel=3x8 g) für 7 Tage **nur in Ausnahmefällen:** bei großem Eingriff mit erhöhtem Infektrisiko (TEP) und Infektion in der Anamnese und ansonsten stabil eingestellter Gelenkerkrankung. **Vorher Rücksprache mit Rheumatologen!**

[www.rheumazentrum-halle.de](http://www.rheumazentrum-halle.de)

### Biologika

Pause in Abhängigkeit von der Halbwertszeit (2 HWZ vor dem Eingriff):

Abatacept i.v. ( <b>Orencia</b> ):	4 Wo
Abatacept s.c. ( <b>Orencia</b> ):	2 Wo
Adalimumab ( <b>Humira</b> ):	4 Wo
Anakinra ( <b>Kineret</b> ):	7 Tage
Certolizumab ( <b>Cimzia</b> ):	4 Wo
Etanercept ( <b>Enbrel</b> ):	2 Wo
Golimumab ( <b>Simponi</b> ):	4 Wo
Infliximab ( <b>Remicade</b> ):	4 Wo
MabThera ( <b>Rituximab</b> ):	3 Mo
Tocilizumab ( <b>RoActemra</b> ):	4 Wo

### Fortsetzen der Therapie:

bei gesicherter Wundheilung, i. d. R. **14 nach OP**

[Sämtliche Empfehlungen basieren bis jetzt auf empirischen Daten und Expertenmeinungen! Änderungen sind mit fortschreitendem Erkenntnisgewinn /Registerdaten zu erwarten.]

*Literaturangaben beim Verfasser*



Universitätsklinikum  
Halle (Saale)

## Perioperatives Management von orthopädischen Elektiv-Eingriffen bei Rheumapatienten

### Handlungsempfehlung

Rheumazentrum Halle (Saale)



Stand: 04.12.2013

## 1) allgemeiner Teil

- Vor jeder größeren Operation sollte eine Absprache der Therapieplanung zwischen dem **Operateur** und dem behandelnden **Rheumatologen** erfolgen.

- Im Fall einer Sepsis/ periprothetischen Infektion: zwingend Rücksprache Operateur mit Rheumatologen bezüglich der immunsuppressiven Therapie.

- Grundsätzlich gilt: Ein perioperativer arthritischer Schub ist ein Infektionsrisiko für sich und daher zu vermeiden!

- Perioperative Fortsetzung der **Methotrexat**-Therapie zeigt keine signifikante Steigerung der Rate an Wundinfektionen, Absetzen erhöht sogar das Infektionsrisiko! MTX sollte daher fortgeführt werden.

- **Leflunomid** (Arava), insbesondere in Kombination mit Methotrexat, hat möglicherweise einen negativen Einfluss auf den Verlauf der Wundheilung. Leflunomid sollte vor knochenchirurgischen Eingriffen 2 Wochen pausiert werden.

- **Biologika** sollten in Abhängigkeit vom Dosisintervall pausiert werden (s. spezieller Teil). Bei hochaktiver Erkrankung mit der Gefahr entzündlicher Schübe kann die Op. ggf. auch am Ende des Dosierungsintervalls erfolgen. Empfohlen wird das Pausieren der Biologika bis zur gesicherten Wundheilung.

- **Mabthera** (Rituximab): idealerweise vor nächster geplanter Gabe (d.h. nach ca. 6 Monaten), frühestens aber 3 Monate nach Rituximab-Gabe. Präoperativ ist die Bestimmung des IgG-Spiegels notwendig: bei erniedrigten Spiegeln besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko.

*Wenn IgG-Spiegel  $<3$  g/l – Indikation zur Immunglobulin-Substitution (20 g) und Operation innerhalb von 3 Wochen nach Immunglobulin-Gabe. Notfall-Operationen auch sofort nach Immunglobulin-Gabe möglich.*

- Bei Patienten unter **Tocilizumab** (RoActemra) besteht die Gefahr verschleierter Infektionen, die ohne CRP-Erhöhung und ohne Fieber ablaufen.

- **Prednisolon**: Jede Steroidtherapie - insbesondere in einer Dosierung von  $> 10$  mg/d Prednisolon-Äquivalent - erhöht das Infektrisiko. Wir empfehlen, Prednisolon  $> 5$  mg/d präoperativ nach Möglichkeit zu senken; eine Dosis von höchstens 5 mg ist perioperativ unverändert beizubehalten. Wenn die Dosis nicht auf  $\leq 7,5$  mg/d zu senken ist: Absprache Operateur und Rheumatologe für Einzelfallentscheidung.

Für eine perioperative oder postoperative Gabe gesteigerter Corticoidmengen (z.B. in Form von Hydrocortison) bei Patienten unter niedrig-dosierter Prednisolontherapie gibt es keine positive Evidenz, jedoch Hinweise für eine erhöhte Infektneigung im Zusammenhang mit dieser Maßnahme.

- **Hydrocortison**: nur bei bekannter NNR-Insuffizienz oder eindeutigen Zeichen eines iatrogenen M. Cushing. Auf Zeichen einer postoperativen NNR-Insuffizienz ist zu achten (Übelkeit, Blutdruckabfall, Hyponatriämie, Adynamie).